Parliamentary Research Branch
Library of Parliament

BRIEF

Karla Tate 2 April 2001

Disability and Health Care: The *Eldridge* Case

Introduction

Most Canadians agree on one thing when it comes to their health-care system: they are deeply concerned for its future and believe the direction of the health system ought to be a chief priority for federal politicians.[1] Before proceeding, the distinction between health and health care should be highlighted: health-care services are only one component under the much broader concept of health.

Access to these services is essential for all Canadians, especially for persons with a disability. In fact, the maxim of access to all services for all persons lends itself easily not only to health, but to the myriad of services offered by the federal and provincial governments. The relationship between health and disability can be relatively simple, such as attending routine examinations, or it can prove to be more complex, such as providing access to medical services for *all* persons. Access is the foremost issue embodied in the 1997 Supreme Court of Canada case, *Eldridge* v. *British Columbia (Attorney General)*.[2] This document will briefly explain the case and its implications on the delivery of social programs in the future.

To provide a clearer context, it is important to know that a growing number of Canadians (approximately 16%) are living with some type of physical or mental disability.[3] As well, because the disability rate increases with age, the growth of an aging population will place special demands on Canada's health system. At some point, most – if not all – Canadians will face disability as a result of old age; such disabilities can include restrictions on one's hearing, vision or mobility. Furthermore, disability issues have the potential to involve all citizens, regardless of gender, age or ethnicity.

Still the Leader? The Federal Government's Role

Today, the federal government plays a complicated role in the field of disability policy. It is simultaneously an authority with a mandate for direct program delivery, an advocate for the disabilities constituency, and a target for political lobbying and legal action. To illustrate, Health Canada and Veterans Affairs Canada administer health-related programs to Aboriginal persons and veterans, respectively. A noteworthy point is that those veterans returning from World War I were the impetus for the federal government to legislate the country's first disability programs and services.

More recently, the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*[4] has opened a new avenue for policy change and advocacy. The work of disability interest groups is no longer geared strictly to Parliament, the executive or the bureaucracy; interest groups now look primarily to the judiciary for policy change. The Charter has provided interest groups with a new tool to help them make an impact on the policy process or, in some way, modify the policy outcome. The rights outlined in the Charter have strengthened, in particular, those groups who previously felt marginalized in the public policy process. With an additional venue to choose from, interest groups' plans of action have been altered to incorporate all branches of government.

The *Eldridge* Case: Access to Equal Medical Services

On 9 October 1997, the Supreme Court of Canada released its decision on *Eldridge*,[5] a case concerning the availability of equal medical treatment for persons who are deaf. The delivery of adequate health care across the country is critical, and the adoption of the *Canada Health Act*[6] in 1984 can be seen as an attempt to legislate this effect. In fact, during the early stages of the *Eldridge* case, the *Canada Health Act* was cited as one of the pieces of faulty legislation.

This initial action was subsequently dropped, however, as no representative of the federal government appeared at the appeal. Such a move is significant because challenges to the *Canada Health Act* by a third party have never made it to the courtroom.[7]

Provision of equal medical services to people who are deaf or hearing impaired is the core of *Eldridge* v. *British Columbia (Attorney General)*.[8] In 1991, 30% of the disabled population aged 15 and over had a hearing disability.[9] According to 1991 statistics, people with hearing impairments are the third-largest group of disabled persons, with mobility and agility disabilities being first and second, respectively.[10]

The appellants, Robin Eldridge and John and Linda Warren, were born deaf. All three preferred to communicate through sign language and, until 1990, each obtained these services free of charge. The Western Institute for the Deaf and Hard of Hearing (WIDHH) had provided sign language for both the Warrens and Ms. Eldridge when they visited their doctors or the hospital.[11] This program was funded entirely from private sources without any contribution from the British Columbia provincial government.

In September 1990, the Institute discontinued the service because it no longer had sufficient funds to pay for it. In the end, the British Columbia provincial government refused two requests by the WIDHH to provide funding and also refused to provide an alternative.[12] The appellants contended: "...the absence of interpreters impairs their ability to communicate with their doctors and other health care providers, and thus increases the risk of misdiagnosis and ineffective treatment."[13] Ms. Eldridge and Mr. and Mrs. Warren applied to the Supreme Court of British Columbia seeking, among other things, a finding that showed "failure to provide sign language interpreters as an insured benefit under the *Medical Services Plan* violates s. 15(1) of the Charter."[14] Section 15(1) – known as the equality clause – provides for the equal treatment of several groups, including mental and physical disability:

> Every individual is equal before and under the law and has the right to the equal protection and equal benefit of the law without discrimination and, in particular, without discrimination based on race, national or ethnic origin, colour, religion, sex, age or mental or physical disability.[15]

The Winding Path of Litigation

The case, which originated in British Columbia, was heard first at the B.C. Supreme Court. The case was dismissed in 1992 as Justice Tysoe reasoned: "sign language interpretation is ancillary to medically required services in much the same way as is transportation to a doctor's office."[16] Justice Tysoe continued by stating "the Charter does not require governments to implement programs to assist disabled persons."[17]

An appeal was sent to the British Columbia Court of Appeal where, again, the case was dismissed in 1995. Writing for the majority, Justice Hollinrake ruled that the absence of interpreters "results not from the legislation but rather from each hospital's budgetary discretion. Because hospitals are not 'government' within the meaning of s. 32 of the Charter, he concluded, "their failure to provide interpretation does not engage s. 15(1)."[18]

The Main Issues

The question posed in the *Eldridge* case was whether sign interpreters were integral to the provision of equal access to medical services for people who are deaf and hearing disabled. The case needed to address the following issues:

- Was signing needed for deaf persons to properly communicate with physicians and health-care providers?
- In cases where Charter obligations apply to the institution as if the government delivered the service directly, do the same Charter obligations apply to non-governmental bodies where institutions are given authority by government to implement a government program or policy?[19]
- Did the government discriminate under s. 15 by failing to provide interpretation services for persons who are deaf?

The Supreme Court justices ruled unanimously in favour of the appellants. In the court's decision, Justice La Forest pointed out that two distinct applications of the Charter had to be evidenced. The first application involved sourcing the alleged s. 15(1) violations. The second application meant deciding if the Charter applied to the entities that provided health-care services, i.e., hospitals.

The Decision of the Supreme Court of Canada

The court's findings are as follows:

- Hospitals in British Columbia are non-governmental entities and therefore not everything a hospital does is subject to the Charter.[20]
- Both of the following B.C. Acts – the *Hospital Insurance Act*[21] and the *Medical and Health Care Services Act*[22] – were found to be the sources of the alleged violation of s. 15(1) of the Charter.
- Failure to provide sign language interpreters – who are, in fact, necessary for effective communication for the procurement of medical services – is a violation of equality rights under s. 15(1) of the Charter.
- This violation could not be saved under the Charter's reasonable limits provision of s. 1.

A Remedy for the Health System

In the event of finding fault with legislation, the Court must put forward a remedy to offset further problems from the flawed legislation, as required under s. 24 of the Charter. The Supreme Court's proposed remedy was a declaration that the government of British Columbia amend the legislation, specifically the *Medical and Health Care Services Act* and the *Hospital Insurance Act*, to correspond to the final decision. In addition, the Court suspended the declaration for six months to give the government enough time to study alternative courses of action. The changes sought were to ensure that sign language interpreters are available when necessary for effective communication in a health-care setting. On 1 October 1998, both the *Hospital Insurance Act* and the *Medicare Protection Act* were updated to reflect the provision of interpreter services for medical services for persons who are deaf and hearing impaired.

The Implications of *Eldridge*

Adherence to the remedy proposed by the Supreme Court of Canada did not remain strictly within the province of British Columbia, but rather applied across the country. So although the case originated in B.C., the Supreme Court's decision was relevant to the other provinces which were therefore obligated to make legislative changes reflecting the Court's decision. How each province decided to implement the Court's proposed remedy varied from province to province. Obviously, in light of the substance of the case, corrections were made to the delivery of health-care and medical services. Nova Scotia, for one, amended its existing legislation covering an array of services offered by a variety of government departments. For example, if a person wishes to apply for a permit to hunt and an interpreter is required, one will be made available.

The actual changes that have occurred as a direct result of the *Eldridge* case are certainly noteworthy. The decision has allowed for definite assistance to be given to those who are deaf and hard of hearing. The case's high profile allowed attention to be given to the barriers faced by persons who are deaf and hard of hearing. At the trial, intervener status on behalf of persons with disabilities was granted to four groups: the Disabled Women's Network of Canada (DAWN); the Canadian Association of the Deaf (CAD); the Canadian Hearing Society (CHS); and the Council of Canadians with Disabilities (CCD). As interveners, these groups offered arguments highlighting the plight of persons with disabilities and the obstacles faced by members of this group in a world largely designed for able-bodied people. For those who are deaf, the use of interpreter services in settings such as doctor's offices, classrooms and courtrooms is a welcome and necessary addition to these otherwise common environments.

As well as the groups representing disability interests, additional interveners were permitted access to the Court to present arguments on behalf of other marginalized groups. The Women's Legal Education and Action Fund (LEAF) and the Charter Committee on Poverty Issues presented their cases, presumably illustrating the potential offered by the *Eldridge* case for the way their groups are treated in society. Women and the poor, like disabled persons, face obstacles to the proper functioning of their lives, even in the most mundane or ordinary of places. Workplace and social environs present problems, but so too do medical, educational and government settings. When a woman does not have access to safe child delivery because she is deaf, or when a deaf person does not receive decent medical treatment because he cannot afford an interpreter, the safety and well-being of these people are compromised. The amount of overlap among societal groups – women, the poor, persons with disabilities – is common. Both the case itself and the implications of its decision reflect the truth of this situation.

Varied interests argued the case and varied interests would, potentially, be affected by the decision. The implications of the *Eldridge* decision could carry over into the provision of other services, such as covering the Lovaas treatment for autistic children under government insurance. Indeed, the Supreme Court's decision holds added potential in its application to other services and programs offered by the federal and provincial governments.

(1) Marcus Gee, "Health care is No. 1 concern: poll," *The Globe and Mail*, 7 February 2000, p. A3.

(2) *Eldridge* v. *British Columbia (Attorney General)*, [1997] 3. S.C.R. 624 (hereinafter referred to as *Eldridge*).

(3) Statistics Canada, *A Portrait of Persons with Disabilities*, Ottawa: Target Group Projects, 1995, p. 5.

(4) *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, Part I of the *Constitution Act, 1982*, Schedule B of the *Canada Act, 1982* (U.K.), 1982 c. 11.

(5) *Supra*, note 2.

(6) *Canada Health Act*, 1984, S.C. 1984, c. C-6 (hereinafter *Canada Health Act*).

(7) The *Canada Health Act* (*CHA*) was made law in 1984. At the time, the Canadian Medical Association (CMA) started a challenge against the *CHA* but then dropped its challenge. The most likely third party to challenge the *CHA* would be one of the provinces; however, they are reluctant to do so and opt instead for resolution through federal/provincial/territorial negotiations. (This information was received with assistance from Serge Lafond, Chief, Canada Health Act Division, Intergovernmental Affairs Directorate, Health Canada.)

(8) *Supra*, note 2.

(9) *Supra*, note 3, p. 10.

(10) *Ibid.*, p. 10.

(11) Julie Mackenzie and William R. Young, *Briefing Notes, prepared for the Sub-Committee on the Status of Persons with Disabilities of the House of Commons Standing Committee on Human Resources Development and the Status of Persons with Disabilities, Roundtable on the Eldridge Decision and its Impact*, Ottawa: Parliamentary Research Branch, Library of Parliament, 26 April 2000, p. 2.

(12) *Ibid.*, p. 2.

(13) *Eldridge*.

(14) *Ibid.*

(15) *Supra*, note 4.

(16) *Eldridge*.

(17) *Ibid.*

(18) *Ibid.*

(19) Patti Bregman, *Eldridge* v. *British Columbia (Attorney General): An Overview*, Toronto: Advocacy Research Centre for the Handicapped, 1997, p. 15.

(20) *Ibid.*, p. 16.

(21) *Hospital Insurance Act*, R.S.B.C. 1979, c. 180 (now R.S.B.C. 1996, c. 204).

(22) *Medical and Health Care Services Act*, S.B.C. 1992, c. 76 (now the *Medicare Protection Act*, R.S.B.C. 1996, c. 286).

PRB 01-2F

EN BREF

Direction de la recherche parlementaire
Bibliothèque du Parlement

Karla Tate Le 2 avril 2001

Déficience physique et soins de santé : L'affaire *Eldridge*

Introduction

La plupart des Canadiens s'entendent sur une chose à propos de leur système de soins de santé : son avenir les inquiète profondément et ils croient que son orientation devrait être l'une des grandes priorités des politiciens fédéraux[1]. Avant de poursuivre, il faut souligner la différence entre santé et soins de santé : les soins de santé ne forment qu'une des composantes de la notion de santé beaucoup plus étendue.

L'accès à ces services est essentiel pour tous les Canadiens, en particulier ceux atteints d'une déficience. En fait, l'idée de l'universalité de tous les services se prête sans peine non seulement à la santé, mais aussi à la kyrielle des services offerts par les gouvernements fédéral et provinciaux. Le rapport entre santé et déficience peut s'établir assez simplement, par exemple dans le cas des examens médicaux usuels, ou s'avérer bien plus complexe, par exemple quand il s'agit d'assurer l'accès aux services médicaux à *tout le monde*. L'accès est la question primordiale dans l'arrêt *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*[2], rendu par la Cour suprême du Canada en 1997. Nous allons expliquer succinctement cette affaire et analyser ses répercussions sur la prestation des programmes sociaux à l'avenir.

Pour situer clairement le contexte, il importe de savoir qu'un nombre croissant de Canadiens (environ 16 p. 100) sont atteints d'une déficience physique ou mentale quelconque[3]. De plus, comme le taux d'invalidité augmente avec l'âge, le vieillissement de la population va exiger beaucoup du régime de santé du Canada. À un moment donné, la plupart des Canadiens – voire tous – feront face à une déficience causée par la vieillesse, qui pourra être d'ordre auditif, visuel ou moteur. En outre, les problèmes de déficience risquent de toucher tous les citoyens, indépendamment de leur sexe, de leur âge ou de leur origine ethnique.

Le fédéral est-il encore le chef de file?

Aujourd'hui, le gouvernement fédéral joue un rôle compliqué en matière de politiques visant les déficiences. Il est tout à la fois l'autorité chargée de l'exécution directe des programmes, un protecteur des personnes atteintes d'une déficience et la cible des lobbyistes et des actions en justice. Par exemple, Santé Canada et Anciens combattants Canada administrent des programmes de santé pour Autochtones et pour anciens combattants, respectivement. À noter que ce sont les anciens combattants revenant de la Première Guerre mondiale qui ont amené le gouvernement fédéral à adopter la loi créant les premiers programmes et services pour les invalides.

Dans un passé plus récent, la *Charte canadienne des droits et libertés*[4] a ouvert une nouvelle voie au changement des politiques et à la défense des intérêts. Les groupes de pression pour les handicapés ne visent plus exclusivement le Parlement, l'exécutif ou la fonction publique; ils s'adressent maintenant aux tribunaux lorsqu'ils veulent un changement d'orientation. La Charte constitue, pour les groupes de pression, un nouvel outil qui les aide à influer sur l'élaboration des politiques ou, d'une certaine façon, à modifier les politiques adoptées. Les droits énoncés dans la Charte ont renforcé notamment les groupes qui, avant, se sentaient marginalisés par le processus d'élaboration des politiques gouvernementales. Disposant d'un moyen supplémentaire, les groupes de pression ont modifié leurs plans d'action pour viser tous les organes du gouvernement.

L'affaire *Eldridge* : l'accès à des services médicaux égaux

Le 9 octobre 1997, la Cour suprême du Canada a rendu son jugement dans l'affaire *Eldridge*[5] qui porte sur la disponibilité d'un traitement médical égal pour les personnes sourdes. Il est capital d'offrir de bons soins de santé dans tout le pays et l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*[6] en 1984 peut être considérée comme un effort de législation en ce sens. D'ailleurs, dans l'affaire *Eldridge*, les instances inférieures ont conclu que la *Loi canadienne sur la santé*, entre autres, laissait à désirer.

Une première action en justice a été abandonnée parce que le gouvernement fédéral ne s'était pas fait représenter à l'audition de l'appel. Une telle décision est significative puisque jamais une contestation de la *Loi canadienne sur la santé* par un tiers n'a été entendue devant les tribunaux[7].

Le pivot de l'affaire *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*[8], c'est la prestation, d'une manière égale, de services médicaux aux personnes sourdes ou malentendantes. En 1991, 30 p. 100 des personnes handicapées âgées de 15 ans ou plus avaient une déficience auditive[9]. Selon les statistiques de 1991, les personnes malentendantes forment le troisième groupe en nombre après les personnes ayant un handicap moteur et celles ayant des troubles de l'agilité qui viennent au premier et au deuxième rang, respectivement[10].

Les appelants, Robin Eldridge et John et Linda Warren, sont sourds de naissance. Tous trois privilégient le langage gestuel pour communiquer et, jusqu'en 1990, ils obtenaient des services d'interprétation gratuitement. Le Western Institute for the Deaf and Hard of Hearing (WIDHH) fournissait un interprète gestuel aux Warren et à M^me^ Eldridge lorsqu'ils devaient aller chez le médecin ou à l'hôpital[11], dans le cadre d'un programme financé entièrement par des fonds privés sans aucune participation du gouvernement de la Colombie-Britannique.

En septembre 1990, le Western Institute a mis fin à ce service, ne disposant plus des fonds suffisants pour l'offrir. Le gouvernement provincial a rejeté les deux demandes de subvention présentées par le WIDHH et refusé une solution de rechange[12]. Les appelants ont soutenu que « l'absence d'interprète diminue leur capacité de communiquer avec leurs médecins et les autres professionnels de la santé qu'ils consultent, et augmente de ce fait le risque de mauvais diagnostics et de traitements inefficaces[13] ». M^me^ Eldridge et M. et M^me^ Warren ont déposé à la Cour suprême de la Colombie-Britannique une demande dans laquelle ils sollicitaient, entre autres choses, un jugement déclaratoire portant que « le fait de ne pas offrir des services d'interprètes gestuels en tant qu'avantage assuré dans le cadre du régime de services médicaux viole le par. 15(1) de la *Charte*[14] ». Le par. 15(1), qui garantit les droits à l'égalité, prévoit le traitement égal de plusieurs groupes, y compris des personnes atteintes d'une déficience mentale ou physique :

> La loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques[15].

Le chemin tortueux de l'action en justice

La cause, qui a pris naissance en Colombie-Britannique, a été entendue en première instance par la Cour suprême de la province. Ayant conclu que « l'interprétation gestuelle était un service connexe des services médicalement nécessaires, sensiblement de la même manière que le transport du patient au cabinet du médecin[16] », le juge Tysoe a rejeté la demande en 1992. Il a aussi déclaré que « la *Charte* n'exige pas que les gouvernements mettent en œuvre des programmes d'aide aux personnes handicapées[17] ».

En appel, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a elle aussi rejeté la demande en 1995. S'exprimant pour les juges majoritaires, le juge Hollinrake a statué que l'absence d'interprètes « résulte non pas de la loi mais bien du pouvoir discrétionnaire dont dispose chaque hôpital quant à l'affectation de ses ressources budgétaires. Comme les hôpitaux ne font pas partie du "gouvernement" au sens de l'art. 32 de la Charte, a-t-il conclu, le fait qu'ils ne fournissent pas de services d'interprétation ne fait pas entrer en jeu le par. 15(1)[18] ».

Principales questions en litige

Dans l'affaire *Eldridge*, comme il faut déterminer si l'interprétation gestuelle fait partie intégrante de la prestation, d'une manière égale, de services médicaux

aux personnes sourdes et malentendantes, les questions suivantes se posent :

- Les personnes sourdes ont-elles besoin du langage gestuel pour communiquer efficacement avec les médecins et les intervenants des services de santé?
- Lorsque les obligations créées par la Charte s'appliquent à une institution comme si le gouvernement offrait directement le service, est-ce que ces mêmes obligations s'appliquent aux entités non gouvernementales ayant reçu du gouvernement le mandat de mettre en œuvre une politique ou un programme gouvernemental[19]?
- Le gouvernement a-t-il fait de la discrimination au sens de l'art. 15 en omettant de fournir des services d'interprétation aux personnes sourdes?

Les juges de la Cour suprême ont statué à l'unanimité en faveur des appelants. Dans le jugement de la Cour, le juge La Forest souligne que deux questions distinctes se posent sur l'application de la Charte. Il faut d'abord déceler la source des violations alléguées du par. 15(1), puis déterminer si la Charte s'applique aux entités qui fournissent les services de santé, c.-à-d. les hôpitaux.

Décision de la Cour suprême du Canada

La Cour conclut comme suit :

- Les hôpitaux de la Colombie-Britannique sont des entités non gouvernementales et, par conséquent, l'ensemble de leurs activités n'est pas assujetti à la Charte[20].
- La violation alléguée du par. 15(1) de la Charte découle des deux lois provinciales citées : la *Hospital Insurance Act*[21] et la *Medical and Health Care Services Act*[22].
- Omettre de fournir des interprètes gestuels – effectivement nécessaires à l'efficacité des communications dans la prestation des services médicaux – constitue une violation des droits à l'égalité garantis au par. 15(1) de la Charte.
- Cette violation n'est pas justifiable parce qu'elle n'est pas une limite raisonnable au sens de l'article premier de la Charte.

La réparation

Si elle trouve la loi inconstitutionnelle, la Cour doit proposer une réparation pour prévenir toute autre violation susceptible d'en découler, comme le veut l'art. 24 de la Charte. En l'espèce, elle ordonne au gouvernement de la Colombie-Britannique de modifier la *Medical and Health Care Services Act* et la *Hospital Insurance Act* d'une manière compatible avec le jugement. En outre, la Cour suspend l'effet de son jugement déclaratoire pendant six mois afin de permettre au gouvernement d'examiner les divers plans d'action possibles. Les modifications demandées auront pour effet d'assurer la présence d'interprètes gestuels lorsqu'ils seront nécessaires à l'efficacité des communications dans la prestation des soins de santé. Le 1er octobre 1998, la *Hospital Insurance Act* et la *Medicare Protection Act* ont été révisées pour que les services d'interprétation soient fournis aux personnes sourdes et malentendantes lorsqu'elles reçoivent des services médicaux.

Répercussions de l'arrêt *Eldridge*

La Colombie-Britannique n'a pas été la seule province à donner suite au jugement de la Cour suprême du Canada. Donc, même si l'action a été intentée dans cette province, l'arrêt de la Cour suprême était applicable aux autres provinces qui ont dû modifier leurs lois en conséquence. La méthode choisie pour mettre en œuvre la réparation décidée par la Cour variait selon la province. Bien entendu, vu le fond de l'affaire, la prestation des services médicaux et des soins de santé a été corrigée. En Nouvelle-Écosse, par exemple, on a modifié la législation de toute une batterie de services offerts par divers ministères. Par exemple, si quelqu'un veut demander un permis de chasse et qu'il a besoin d'un interprète, on va lui en fournir un.

Les véritables changements qui ont résulté directement de l'arrêt *Eldridge* valent certes d'être signalés. Depuis l'arrêt, les personnes sourdes ou malentendantes sont assurées de recevoir de l'aide. Tout le bruit qu'on a fait autour de l'affaire a permis d'attirer l'attention sur les barrières qui se dressent devant les sourds et les malentendants. Au procès, quatre groupes ont été autorisés à intervenir pour le compte des personnes handicapées : le Réseau d'action des femmes handicapées du Canada (DAWN), l'Association des sourds du Canada (ASC), la Société canadienne de l'ouïe et le Conseil des Canadiens avec déficiences (CCD). À titre d'intervenants, ces groupes ont présenté des arguments soulignant la condition difficile des personnes handicapées et les obstacles auxquels elles font face dans un monde largement conçu pour les personnes physiquement aptes. Pour ceux qui sont sourds, bénéficier des services d'un interprète chez le médecin, en salle de classe et en salle d'audience est une nouveauté bien accueillie et nécessaire dans ces endroits autrement bien ordinaires.

Des associations autres que celles représentant les personnes handicapées ont été autorisées à intervenir devant le tribunal pour présenter des arguments au nom d'autres groupes marginalisés. Le Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes (FAEJ) et le Charter Committee on Poverty Issues ont présenté leur argumentation, en faisant sans doute ressortir ce que l'arrêt *Eldridge* peut changer à la façon dont leurs protégés sont traités par la société. Les femmes et les pauvres, comme les handicapés, se heurtent à des obstacles qui leur compliquent la vie, même dans les endroits les plus banals et ordinaires. Lieu de travail et cadre de vie sont problématiques, tout autant que les services de santé, d'éducation et du gouvernement. La sécurité et le bien-être d'une femme qui n'est pas certaine d'accoucher sans danger parce qu'elle est sourde, ou d'un sourd qui ne reçoit pas un traitement médical correct parce qu'il ne peut pas se payer un interprète, ne sont pas assurés. Les groupes sociétaux formés par les pauvres, les femmes et les handicapés se recoupent souvent. Tant l'affaire elle-même que les conséquences de l'arrêt reflètent cette réalité.

Différents intéressés ont plaidé la cause et différents intéressés sont sans doute touchés par le jugement. L'arrêt *Eldridge* pourrait avoir des répercussions sur la prestation d'autres services tels que le remboursement du programme de Lovaas pour les enfants autistes par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. D'ailleurs, le jugement serait vraisemblablement applicable à d'autres services et programmes offerts par les gouvernements fédéral et provinciaux.

---

(1) Marcus Gee, « Health care is No. 2 concern: poll », *The Globe and Mail*, 7 février 2000, p. A3.

(2) *Eldridge c. Colombie-Britannique (Procureur général)*, [1997] 3. R.C.S. 624 (ci-après *Eldridge*).

(3) Statistique Canada, *Un portrait des personnes ayant une incapacité*, Ottawa, Projet des groupes cibles, 1995, p. 5.

(4) *Charte canadienne des droits et libertés*, Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, (R.-U.), 1982 c. 11.

(5) Précité, note 2.

(6) *Loi canadienne sur la santé*, 1984, L.C. 1984, c. C-6 (ci-après *Loi canadienne sur la santé*).

(7) La *Loi canadienne sur la santé* est entrée en vigueur en 1984. Cette année-là, l'Association médicale canadienne (AMC) avait entrepris de la contester, mais elle a finalement laissé tomber. Le tiers le plus susceptible de contester la Loi serait l'une des provinces qui, pourtant, répugnent à le faire, préférant régler les différends par des négociations fédérales-provinciales-territoriales. (Ce renseignement a été obtenu grâce à la collaboration de Serge Lafond, chef, Division de la Loi canadienne sur la santé, Direction des affaires intergouvernementales, Santé Canada.)

(8) Précité, note 2.

(9) Précité, note 3, p. 10.

(10) *Ibid.*, p. 10.

(11) Julie Mackenzie et William R. Young, *Notes d'information produites pour le Sous-comité de la condition des personnes handicapées du Comité permanent du développement des ressources humaines et de la condition des personnes handicapées de la Chambre des communes, Table ronde sur l'arrêt Eldridge et son incidence*, Ottawa, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, 26 avril 2000, p. 2.

(12) *Ibid.*, p. 2.

(13) *Eldridge.*

(14) *Ibid.*

(15) Précité, note 4.

(16) *Eldridge.*

(17) *Ibid.*

(18) *Ibid.*

(19) Patti Bregman, *Eldridge* v. *British Columbia (Attorney General): An Overview*, Toronto, Advocacy Research Centre for the Handicapped (Centre d'aide et de défense juridiques pour les handicapés), 1997, p. 15.

(20) *Ibid.*, p. 16.

(21) *Hospital Insurance Act*, R.S.B.C. 1979, c. 180 (maintenant R.S.B.C. 1996, c. 204).

(22) *Medical and Health Care Services Act*, S.B.C. 1992, c. 76 (maintenant la *Medicare Protection Act*, R.S.B.C. 1996, c. 286).